



Aplikasi Model PRECEDE-PROCEED Pada Perencanaan Program Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan Berbasis Penilaian Kebutuhan Kesehatan Masyarakat

The Application of PRECEDE-PROCEED Model in Community Empowerment Planning in Health Sector Based on the Need Assessment of Public Health

Endang Sutisna Sulaeman¹, Bhisma Murti¹,
Waryana²

¹Magister Study Program of Public Health, Postgraduate Program, Sebelas Maret University, Surakarta

²Nutrition Department of Health Ministry, Yogyakarta

KATA KUNCI *Model PRECEDE-PROCEED; Pemberdayaan Masyarakat; Demam Berdarah Dengue; Tuberkulosis*

KEYWORDS *PRECEDE-PROCEED Model; Community Empowerment; Dengue Hemorrhagic Fever; Tuberculosis*

ABSTRAK *Pemberdayaan masyarakat bertujuan untuk meningkatkan partisipasi masyarakat dalam program kesehatan. Model PRECEDE-PROCEED Green dan Kreuter digunakan sebagai model perencanaan program kesehatan berbasis penilaian kebutuhan masyarakat. Tujuan penelitian adalah mengaplikasikan model PRECEDE-PROCEED pada perencanaan program pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan berbasis penilaian kebutuhan. Sasaran penelitian adalah para pengambil kebijakan serta pelaksana program Desa Siaga di Dinas Kesehatan Kabupaten, Puskesmas, dan Desa. Metode penelitian yang digunakan adalah metode kualitatif berupa studi kasus. Lokasi penelitian berada di Kabupaten Pati Provinsi Jawa Tengah dengan mengambil dua Desa Siaga. Hasil: Prioritas masalah kesehatan adalah Tuberkulosis (TB) dan Demam Berdarah Dengue (DBD). Faktor predisposisi meliputi tingkat pendidikan, pengetahuan, keyakinan, serta kepercayaan pada takhayul dan dukun. Faktor pendukung meliputi penyuluhan dan pelatihan, ketersediaan sarana kesehatan, jaminan kesehatan, dukungan dana, sumberdaya lokal, dan sumberdaya alam. Faktor penguat meliputi kepemimpinan, dukungan sosial, modal sosial, norma sosial, gotong royong, penghargaan, akses informasi kesehatan dan keteladanan. Kesimpulan: Model perencanaan PRECEDE-PROCEED dapat*

diaplikasikan pada perencanaan program pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan berbasis penilaian kebutuhan. Penyakit TB dan DBD diidentifikasi oleh masyarakat sebagai prioritas masalah kesehatan. Pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan diarahkan pada upaya perubahan perilaku dengan mempertimbangkan faktor predisposisi, penguat dan pendukung.

ABSTRACT

Community empowerment in health is sector aimed to improve the community participation in health program. Green and Kreuter's PRECEDE-PROCEED model was used as the health program planning model based on need assessment. The objective of this research was to apply the PRECEDE-PROCEED model to community empowerment program in health sector based on need assessment. The targets of this study were the policy makers and the organizers of alert village in Regency Health Service, Public Health Center, and Village. A qualitative study with case study approach was employed involving two alert village located in Pati Regency of Central Java Province. Result: The prioritized health problems were tuberculosis (TB) and dengue hemorrhagic fever (DHF). Predisposing factors identified were education level, knowledge, belief, and trust to traditional healers. The enabling factors were: knowledge and training, health infrastructure availability, national health maintenance security, fund support, local resource, and natural resource. The reinforcing factors included leadership, social support, social capital, social norm, mutual cooperation, reward, access to health information and role modeling. Conclusion: PRECEDE-PROCEED planning model could be applied to community empowerment program planning in health sector based on need assessment. TB and DHF diseases were identified by the community as the priority of health problems. The community empowerment in health sector was focused on the attempt of changing behavior by considering predisposition, enabling and reinforcing factors.

Pengertian holistik pemberdayaan dalam kesehatan menurut WHO (1998 cit. Sulaeman, 2013) adalah proses sosial, budaya, psikologis dan politik melalui individu dan kelompok sosial sehingga mampu mengekspresikan kebutuhan, menghadirkan kepedulian, menyusun strategi keikutsertaan dalam pengambilan keputusan, serta melaku-

kan tindakan politik, sosial dan budaya untuk memenuhi kebutuhan kesehatan.

Correspondence:

Dr. H. Endang Sutisna Sulaeman, dr. M.Kes Magister Study Program of Public Health Postgraduate Program of Surakarta Sebelas Maret University Jl. Ir. Sutarno No. 36 A Ketingan Surakarta 57126 Telpun (0271) 664178 E-mail: sutisnaend_dr@yahoo.com

Sejak tahun 2006 Departemen Kesehatan RI meluncurkan program Desa Siaga sebagai program pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan. Desa Siaga adalah suatu kondisi masyarakat desa yang memiliki kesiapan sumber daya dan kemampuan serta kemauan untuk mencegah dan mengatasi masalah kesehatan, bencana dan kegawat-daruratan kesehatan secara mandiri. Untuk pencapaian tujuan tersebut membutuhkan perencanaan program pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan berbasis penilaian kebutuhan masyarakat. Intervensi pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan menurut Ashwell dan Barclay (2009) difokuskan untuk meningkatkan dukungan masyarakat pada program kesehatan. Perubahan perilaku dan sikap diperlukan individu dan masyarakat untuk meningkatkan kesehatan dan kelangsungan hidup.

Meskipun terdapat banyak model perencanaan program kesehatan, penelitian Jones dan Donovan (2004) menunjukkan bahwa model PRECEDE-PROCEED paling berguna secara praktis dalam perencanaan dan pengembangan program pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan. Menurut Green dan Kreuter (2005) model PRECEDE-PROCEED sebagai model perencanaan program kesehatan berbasis penilaian kebutuhan masyarakat ditujukan untuk perubahan perilaku. Yang penting untuk model perencanaan PRECEDE-PROCEED adalah peran teori dalam menciptakan sebuah kerangka pikir konseptual yang mengarahkan pembentukan intervensi dan evaluasi. Namun menurut Ashwell dan Barclay (2009) model tersebut gagal untuk mengidentifikasi faktor penghambat dalam penilaian pendidikan dan ekologi pada tahap perencanaan.

Komponen PRECEDE memungkinkannya peneliti untuk bekerja ke belakang dari tujuan akhir (*distal outcomes*) untuk membuat *blueprint* (perencanaan) guna mengarahkan pada penyusunan strategi intervensi. Komponen PROCEED dapat menghasilkan evaluasi termasuk efikasi (keunggulan) metodologi penelitian. Model PRECEDE-PROCEED terdiri dari sembilan langkah, yaitu langkah diagnostik untuk perencanaan program kesehatan (Tahap 1-5), implementasi (Tahap 6), dan evaluasi (Tahap 7-9). PRECEDE (bagian diagnosa) berakhir pada tahap 5. Selanjutnya PROCEED meliputi implementasi (tahap 6) dan evaluasi (Tahap 7, 8, dan 9). Menurut model PRECEDE-PROCEED penilaian kebutuhan mencakup identifikasi masalah kesehatan (Tahap 1 dan Tahap 2), faktor risiko perilaku dan lingkungan (Tahap 3), faktor yang mempengaruhi perilaku (Tahap 4) serta sumber daya, kebijakan, organisasi dan manajemen (Tahap 5). Penelitian ini dilakukan pada lima fase penilaian untuk mengidentifikasi masalah kesehatan masyarakat, faktor risiko dan sumber daya.

Menurut Wright *et al.* (1998) penilaian kebutuhan kesehatan adalah metode sistematis untuk mengidentifikasi kebutuhan kesehatan dan pelayanan kesehatan populasi serta membuat perubahan untuk memenuhi kebutuhan. Kegiatan ini mencakup metode epidemiologi dan pendekatan kualitatif untuk menentukan prioritas program kesehatan dengan menggabungkan tinjauan klinis, efektivitas biaya dan perspektif masyarakat. Penilaian kebutuhan kesehatan menyediakan peluang untuk: (1) menggambarkan pola penyakit pada populasi lokal dan perbedaannya

dengan pola penyakit di tingkat kabupaten/kota, provinsi maupun nasional; (2) menganalisis kebutuhan dan prioritas masalah kesehatan penduduk setempat; (3) mengkaji daerah yang tidak terpenuhi kebutuhan kesehatannya dan menyediakan seperangkat tujuan untuk memenuhi kebutuhan; (4) memutuskan secara rasional penggunaan sumber daya untuk meningkatkan kesehatan populasi lokal dengan cara yang paling efektif dan efisien; serta (5) mempengaruhi kebijakan, kerjasama lintas sektor serta prioritas penelitian dan pengembangan.

Penilaian kebutuhan kesehatan dapat memfasilitasi partisipasi masyarakat dalam program kesehatan, menghindari pemborosan sumber daya yang terbatas dan memberikan dasar untuk analisis program. Mengingat adanya keterbatasan sumber daya yang tersedia untuk program kesehatan, penilaian kebutuhan kesehatan merupakan salah satu pertimbangan penting dalam perencanaan program pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan pertanyaan perencanaan adalah untuk memahami apa yang diinginkan masyarakat dan apa yang benar-benar diperlukan (Li *et al.* 2009). Tujuan penelitian ini adalah mengaplikasikan model PRECEDE-PROCEED pada perencanaan program pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan berbasis penilaian kebutuhan kesehatan.

BAHAN DAN CARA KERJA

Jenis penelitian adalah penelitian deskriptif dan analitik dengan desain penelitian potong-lintang melalui pendekatan penelitian kualitatif berupa studi kasus. Lokasi penelitian di Kabupaten Pati Provinsi Jawa Tengah

dengan mengambil dua Desa Siaga yaitu satu Desa Siaga Utama (Desa Kertomulyo) dan satu Desa Siaga Pratama (Desa Tegalharjo) di Kecamatan Trangkil. Waktu penelitian dilakukan selama lima bulan mulai Juli 2014 sampai dengan Nopember 2014. Teknik pengambilan sampel menggunakan kombinasi antara *purposive* dan *snowball sampling*. Teknik pengumpulan data dilakukan triangulasi metode dan sumber data yaitu melalui wawancara mendalam, *focus group discussion* (FGD), observasi partisipasi dan kajian dokumen (Yin, 2003).

Wawancara mendalam dilakukan terhadap 60 informan ($n = 60$) terdiri dari informan masyarakat: 46 orang ($n = 46$) dan informan petugas kesehatan: 14 orang ($n = 14$). FGD dilakukan terhadap kelompok komunitas dan kelompok petugas kesehatan baik petugas Dinas Kesehatan Kabupaten maupun Puskesmas. Observasi partisipatif dilakukan di dua Pos Kesehatan Desa (Poskesdes) yaitu Poskesdes Desa Kertomulyo dan Desa Tegalharjo Kecamatan Trangkil. Unit analisis penelitian adalah program Desa Siaga. Analisis data dilakukan terhadap hasil wawancara informan kunci dan FGD selama dan setelah penelitian. Semua rekaman disalin kata demi kata. Pendekatan kerangka digunakan untuk menganalisis data oleh tiga peneliti mandiri. Kerangka kerja yang dibangun menggunakan panduan topik, checklist dan kategori yang muncul dari transkrip, dan diterapkan ke data untuk mengidentifikasi tema. Nama-nama semua partisipan dalam FGD dan wawancara informan digunakan anonimitas. Analisis penelitian studi kasus terdiri dari tiga alur kegiatan yang dilakukan

secara bersamaan yaitu reduksi data, penyajian data, dan kesimpulan.

Aktivitas analisis data dilakukan secara interaktif dengan proses pengumpulan data sebagai suatu proses siklus melalui analisis interaktif dan analisis jalinan.

HASIL

Tahap 1. Penilaian sosial: Menganalisis kualitas hidup individu dan masyarakat menurut penilaian masyarakat

Bagian PRECEDE dari model ini dimulai melalui kegiatan diagnostik dengan mengidentifikasi hasil-hasil yang telah dicapai dari intervensi dengan menanyakan "Apa yang telah dicapai dalam kualitas hidup seseorang dan komunitas?" Melakukan analisis situasi dan penilaian sosial data sekunder tahun 2014, seperti Profil Kesehatan Kabupaten dan Puskesmas. Keadaan kesehatan diidentifikasi sebagai masalah kualitas hidup. Diawali identifikasi cakupan program pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan yaitu Program Desa Siaga, Poskesdes dan Posyandu, serta sasaran program sebagai penerima manfaat.

Sebagian besar informan menjelaskan bahwa kualitas hidup seseorang dinilai dari aspek tingkat pendidikan, status ekonomi, pekerjaan, penghasilan, dan ketaatan dalam beribadah. Seperti disampaikan informan berikut: *"Menurut saya kualitas hidup seseorang dapat dinilai dari pendidikan, kesehatan, ekonomi, dan ketaatan dalam beribadah. Status ekonomi dipengaruhi pekerjaan dan penghasilan"* (S/Tgl/ 9/6/2014). Sebagian besar informan menjelaskan bahwa aspek kesehatan sangat berpengaruh terhadap kualitas hidup baik pada individu maupun masyarakat.

Seperti dituturkan informan berikut: *"Orang yang berpendidikan akan mampu bekerja dengan baik, lebih terampil, dan orang yang sehat akan bekerja lebih giat sehingga hidupnya akan menjadi produktif dan berkualitas"* (I/Pusk Trangkil/9/6/2014).

Selanjutnya informan lain memberikan penjelasan bahwa seseorang dikatakan berkualitas hidupnya apabila pendidikannya mencapai pendidikan Sekolah Lanjutan Tingkat Atas (SLTA) bahkan perguruan tinggi. Seperti penuturan informan berikut: *"Seseorang hidupnya berkualitas jika kesehatannya terjamin, ditunjang pendidikan minimal Sekolah Lanjutan Tingkat Atas bahkan perguruan tinggi, ditunjang status ekonomi yang cukup, dan ketaatan dalam melaksanakan ibadah"* (E/Tgl/9/6/2014).

Penjelasan infroman tersebut sejalan dengan hasil FGD dengan petugas Puskesmas, yaitu:

"Menurut saya yang menunjukkan seseorang berkualitas hidupnya adalah pendidikan dan kesehatan, yang ketiga adalah kemampuan ekonomi. Oleh masyarakat sekitarnya, dia dipandang berhasil dalam hal apapun, kemudian dalam keluarga dia mampu membawa keluarga dan masyarakat sekitarnya menjadi lebih baik" (I/Pusk Trangkil/10/6/2014).

Masyarakat di lokasi penelitian memahami bahwa kesehatan seseorang sangat menentukan kualitas hidup. Orang yang sehat dapat bekerja dengan baik dan produktif. Orang yang sehat dapat merasakan kebahagiaan. Sebaliknya orang yang sakit tidak merasa bahagia dan tidak bisa bekerja dengan baik.

Tahap 2. Penilaian epidemiologi: Mengidentifikasi masalah kesehatan spesifik yang berkontribusi pada kualitas hidup dan menetapkan prioritas masalah kesehatan

Peneliti mengkaji literatur dan mengajukan pertanyaan kepada partisipan dan perancang program di Dinas Kesehatan dan Puskesmas tentang kualitas hidup yang dikemukakan di atas dan isu-isu apa yang mempengaruhi kualitas hidup terkait kesehatan? Apa yang perlu diubah untuk mencapai kesehatan yang optimal bagi individu dan komunitas? Fase ini menentukan faktor-faktor epidemiologi, perilaku, dan lingkungan yang memiliki dampak terhadap kesehatan dan kualitas hidup.

Masalah kesehatan spesifik yang memberikan kontribusi pada kualitas hidup yang dirasakan oleh masyarakat di lokasi penelitian adalah penyakit menular yaitu penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD), Diare, Tuberkulosis (TB), Leptospirosis, dan Kusta. Penyakit tersebut menurut masyarakat sering terjadi dan mengganggu kesehatan warga masyarakat. Hal ini sesuai dengan penuturan informan yang menjelaskan: *"Masalah kesehatan yang dirasakan masyarakat adalah TB, demam berdarah, kusta, dan leptospirosis"* (A/Tegalharjo/9/6/2014).

Pernyataan tersebut diperkuat oleh hasil FGD dengan peserta petugas Puskesmas dengan menjelaskan sebagai berikut:

"Masalah TB tidak hanya menjadi masalah di desa tapi merupakan masalah di tingkat nasional. Masalah selanjutnya penyakit DBD. Penemuan penyakit TB masih belum mencapai target, karena kesadaran masyarakat masih rendah. Di samping itu adanya rasa

malu dengan penyakit yang diderita. Penyakit yang dapat menyebabkan Kejadian Luar Biasa (KLB) di sini adalah DBD sehingga menjadi masalah kesehatan. Penyakit DBD berkaitan dengan masalah kesehatan lingkungan" (S/Pusk Trangkil/10/6/2014).

Masyarakat menetapkan prioritas masalah kesehatan dengan cara musyawarah. Hal ini seperti penuturan informan berikut:

"Cara menetapkan masalah kesehatan di sini dilakukan secara musyawarah oleh pengurus Desa Siaga, forum kesehatan desa, dan aparat desa". Dasar pertimbangan dalam penentuan prioritas masalah kesehatan adalah banyaknya masyarakat yang menderita sakit, tingkat keparahan penyakit, dan mudahnya penanganan *"(W/Tegalharjo/9/6/2014).*

Pejelasan tersebut ini sesuai dengan penuturan informan sebagai berikut:

"Prioritas masalah yang harus ditangani berdasarkan musyawarah forum kesehatan desa dan aparat desa adalah DBD, karena banyak masyarakat yang terkena DBD yaitu sekitar 6-7 kasus. DBD itu bisa dicegah, sehingga penanganannya mudah. DBD kalau tidak cepat ditangani akan menyebabkan kematian. Masalah selanjutnya adalah TB" (I/Puskesmas Trangkil/9/6/2014).

Berdasarkan penetapan prioritas masalah kesehatan tahap pertama ditetapkan penyakit DBD, Tuberkulosis (TB), Leptospirosis, dan Kusta. Selanjutnya dalam penetapan prioritas masalah kesehatan tahap kedua, ditetapkan DBD dan TB sebagai peringkat utama. Berdasarkan data

sekunder yang diperoleh dari Puskesmas menunjukkan bahwa DBD dan TB adalah termasuk ke dalam 10 penyakit utama rawat jalan dan penyebab kematian di wilayah kerja Puskesmas. Dasar pertimbangan dalam penentuan prioritas masalah kesehatan adalah banyaknya masyarakat yang menderita sakit, tingkat keparahan penyakit, dan mudahnya penanganan.

Tahap 3: Penilaian perilaku dan lingkungan yang berhubungan dengan masalah kesehatan spesifik

Tahap ini bertujuan untuk menentukan faktor-faktor perilaku dan lingkungan yang memiliki dampak terhadap penyakit DBD dan TB dan kualitas hidup. Tahap ini turut berperan dalam mengidentifikasi faktor-faktor yang perlu diintervensi oleh strategi program pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan. Semua informan menjelaskan bahwa masalah kesehatan dan penyakit di masyarakat berkaitan dengan perilaku kesehatan dan lingkungan. Penyakit yang diderita terkait dengan gaya hidup yang tidak sehat. Dalam FGD, peserta mendiskusikan gaya hidup dan faktor yang mempengaruhi perilaku.

Partisipan menjelaskan bahwa masih ada sebagian masyarakat yang belum mempunyai kesadaran atas pentingnya kesehatan, belum membiasakan untuk memeriksakan sedini mungkin penyakit yang diderita, kurang kesadaran menjaga kebersihan lingkungan, belum membiasakan melakukan gerakan 4 M (menguras tempat penampungan air; menutup rapat semua penampungan air; mengubur atau memusnahkan barang bekas yang dapat menampung air; memantau semua tempat penampungan yang dapat menjadi tempat nyamuk *Aedes* berkembang biak) dan Plus

(tidak menggantung baju, memelihara ikan, menghindari gigitan nyamuk, dan membubuhkan Abate), serta masih ada warga masyarakat yang berobat ke dukun.

Masalah perilaku dan lingkungan yang berhubungan dengan masalah kesehatan spesifik (TB dan DBD) adalah rendahnya kesadaran masyarakat terhadap kesehatan, adanya stigma negatif terhadap penderita penyakit TB, kepercayaan kepada takhayul, buruknya sanitasi lingkungan, kurangnya sosialisasi, penyuluhan, dan promosi kesehatan, rendahnya pendidikan masyarakat dan status sosial ekonomi, serta tingginya populasi penduduk. Di samping itu, masih kurangnya dukungan masyarakat pada pelayanan kesehatan, perlu meningkatkan kualitas layanan kesehatan dan kepatuhan pengobatan, perlu menggiatkan surveilans berbasis masyarakat, perlu meningkatkan keikutsertaan kader dalam pencarian suspek TB dan pengumpulan dahak, kunjungan rumah terhadap penderita, pemeriksaan kontak serumah, dan pemantauan minum obat. Faktor-faktor lainnya adalah keterbatasan akses terhadap layanan kesehatan, pelayanan kesehatan masih kurang dinamis di lapangan, dan belum adanya registrasi vital untuk perencanaan program kesehatan.

Hal tersebut sesuai dengan penuturan informan berikut: "*Warga masyarakat kurang memperhatikan kebersihan, kurang kesadaran menjaga kebersihan lingkungan, belum membiasakan melakukan gerakan 4 M Plus, dan masih ada masyarakat yang berobat ke dukun*" (W/Tegalharjo/9/6/2014; E/Tgl/9/ Juni/2014). Sebagian besar informan menjelaskan ada sebagian perilaku masyarakat yang kurang sejalan dengan perilaku hidup bersih

dan sehat (PHBS). Informasi tersebut diperkuat hasil FGD dengan petugas Puskesmas: *"Warga masyarakat belum membiasakan melakukan gerakan 4 M Plus, serta belum semua tersangka TB memeriksakan ke Puskesmas"* (I/Pusk Trangkil/9/6/ 2014).

Tahap 4. Penilaian pendidikan dan ekologi: Menganalisis pendidikan, keterampilan dan lingkungan kesehatan, serta mengidentifikasi dan mengklasifikasikan faktor predisposisi, pendukung, dan penguat

Tahap ini dilakukan untuk menentukan faktor-faktor yang bila dimodifikasi akan memiliki kemungkinan besar untuk menghasilkan perubahan perilaku dan mempertahankan proses perubahan perilaku. Menurut Green dan Kreuter (2005) faktor-faktor tersebut diklasifikasikan sebagai faktor kecenderungan (*predisposing factors*), faktor memungkinkan atau pendukung (*enabling factors*), dan faktor penguat (*reinforcing factors*). Faktor kecenderungan merupakan anteseden dari perilaku yang memberikan motivasi serta memerlukan keterampilan dan *self efficacy* (kemandirian diri) pada perubahan perilaku.

Faktor memungkinkan meliputi keterampilan, pelayanan, sumberdaya dan program kesehatan. Faktor penguat adalah faktor yang mengikuti perilaku melalui pemberian imbalan (*reward*) atau insentif (dorongan) bagi ketekunan atau pengulangan perilaku, meliputi dukungan sosial, pujian, dan penguatan.

Berdasarkan data monografi desa (2013), sebagian besar penduduk berpendidikan Sekolah Lanjutan Tingkat Pertama (SLTP). Hal ini diperkuat dari hasil FGD dan

penjelasan informan sebagai berikut: *"Sebagian besar pendidikan masyarakat adalah lulusan SLTP, ada sebagian berpendidikan SMA dan sebagian kecil lulusan perguruan tinggi"* (S/Tegalharjo/9/6/2014). Menurut sebagian besar informan menjelaskan bahwa perilaku masyarakat di bidang kesehatan dipengaruhi oleh latar belakang pendidikan. Seperti penjelasan informan berikut: *"Yang mempengaruhi perilaku adalah pendidikan, karena dengan adanya pendidikan otomatis perilakunya juga akan lebih baik karena dia tahu bahwa perilaku itu jelek atau baik dan pola pikirnya juga lebih baik"* (T/Pusk Trangkil/9/6/2014).

Informan lain menjelaskan bahwa faktor lingkungan sosial merupakan salah satu faktor yang berpengaruh terhadap perubahan perilaku kesehatan. Seperti penjelasan informan berikut: *"Faktor lain yang berpengaruh terhadap kesehatan adalah lingkungan sosial, karena lingkungan sosial yang baik akan menentukan kesehatan seseorang dan keluarga"* (A/Pusk Trangkil/9/6/2014). Sementara itu keterampilan masyarakat dalam upaya kesehatan belum optimal. Keterampilan yang dimiliki masyarakat diperoleh dari kader kesehatan. Hal ini sesuai dengan penuturan informan berikut: *"Keterampilan masyarakat dalam identifikasi dan pemecahan masalah kesehatan diperoleh dari kader kesehatan"* (S/Tegalharjo/9/6/2014).

Berdasarkan penelitian, faktor kecenderungan meliputi pengetahuan, tingkat pendidikan, sikap, adanya kepercayaan kepada takhayul dan dukun yang masih dianut sebagian masyarakat. Hal tersebut dituturkan informan sebagai berikut: *"Masih ada kepercayaan kepada tahayul dan dukun yang dianut oleh sebagian kecil masyarakat"* (A/Tegalharjo/9/6/2014).

Faktor pendukung meliputi sarana kesehatan, penyuluhan dan pelatihan, sumberdaya lokal, dukungan dana, dan sumberdaya alam.

Tenaga yang ada di masyarakat adalah kader kesehatan. Sarana kesehatan yang ada adalah Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu), Pos Kesehatan Desa (Poskesdes), dan Puskesmas Pembantu. Hal tersebut seperti disampaikan informan: *"Yang mempengaruhi kesehatan masyarakat adalah perilaku hidup sehat, dan adanya sarana kesehatan seperti Posyandu, Poskesdes dan Puskesmas Pembantu"* (A/Tegalharjo/9/6/2014). Pembiayaan program kesehatan diperoleh dari dana anggaran pendapatan dan belanja desa (APBDES) dan sumbangan masyarakat. Adanya organisasi yang mengelola upaya kesehatan masyarakat, yaitu Forum Kesehatan Desa. Adanya sumberdaya alam berupa tanaman bahan pangan seperti sayuran hijau, singkong, kacang tanah dan jagung.

Faktor penguat adalah adanya kepemimpinan, modal sosial, akses informasi kesehatan, modal sosial, partisipasi masyarakat dan keteladanan. Upaya masyarakat dalam menanggulangi masalah kesehatan dipengaruhi oleh kepemimpinan di tingkat desa. Pemimpin desa meliputi Kepala Desa, Kepala Urusan Kemasyarakatan (Kesra), Kepala Dusun, dan ketua RT. Seperti penuturan informan berikut: *"Pemimpin di desa seperti Pak Kepala Desa, Pak Kesra, Pak Kepala Dusun, itu menjadi koco benggolo (sebagai contoh teladan) yang menjadi contoh bagi masyarakat dalam berperilaku sehat"* (J/Tegaalharjo/9/6/2014).

Pemimpin desa memberi contoh bagi masyarakat dalam berperilaku sehat. Masyarakat menyebutnya sebagai *"koco benggolo"* yang berarti

kaca yang sangat besar yang bisa digunakan untuk bercermin oleh banyak orang atau masyarakat. Hal ini memberikan arti bahwa perilaku pimpinan masyarakat akan dicontoh dan diikuti oleh masyarakat.

Upaya kesehatan masyarakat dibina dan difasilitasi oleh petugas Puskesmas dan sektor terkait. Seperti penuturan informan berikut:

"Kegiatan kesehatan masyarakat dibina dan difasilitasi oleh petugas Puskesmas dan sektor terkait. Peran petugas puskesmas adalah memberikan penyuluhan dan melakukan pencegahan penyakit secara dini. Penyampaian informasi dilakukan secara rutin. Bila petugas kesehatan terjun langsung ke masyarakat, akan mendapat tanggapan dan dukungan masyarakat. Petugas puskesmas juga memberikan pelayanan kesehatan" (P/Tegalharjo/9/6/2014).

Peran petugas kesehatan dari Puskesmas sangat membantu meningkatkan kemampuan masyarakat dalam mengidentifikasi dan memecahkan masalah. Hal tersebut seperti dijelaskan informan berikut:

"Peran petugas Puskesmas adalah memberikan penyuluhan, memberikan imunisasi, memotivasi masyarakat dan membina kesehatan masyarakat, serta memberi pelayanan kesehatan. Selain itu, juga memberikan vitamin A tiap bulan Agustus dan Februari melalui Posyandu, melakukan surveilens bila ada kejadian penyakit seperti DBD, dan melakukan pemantauan jentik nyamuk" (A/Tegalharjo/9/6/2014).

Akses informasi kesehatan diperoleh dari penyuluhan yang diberikan oleh kader Posyandu, petugas puskesmas, dan aparat desa, serta dari pengajian, media TV, radio dan media cetak seperti surat kabar. Seperti penuturan informan berikut:

"Informasi kesehatan diperoleh dari penyuluhan yang dilakukan kader Posyandu, petugas puskesmas, dan aparat desa, serta dari pengajian. Secara kebetulan intensitas pengajian di sini sangat tinggi, sehingga informasi kesehatan bisa disampaikan melalui forum Yasinan dan Jum'atan. Disamping itu, informasi juga diperoleh dari TV, radio dan surat kabar" (P/Tegalharjo/ 9/6/2014).

Modal sosial yang ada di masyarakat adalah adanya jalinan kekeluargaan dan kekerabatan, saling berkunjung/silaturahmi antar warga masyarakat, adanya tradisi gotong royong, adanya organisasi sebagai wadah ikatan antar warga seperti perkumpulan selapanan, arisan, pengajian, tahlilan, paguyuban RT dan Dasawisma, serta pengajian. Hal tersebut seperti dituturkan informan berikut:

"Modal sosial yang ada di desa yaitu adanya kekeluargaan dan kekerabatan, saling berkunjung atau silaturahmi antar warga, gotong royong, adanya perkumpulan RT, pertemuan sewelasan, selapanan, perkumpulan Yasinan (membaca Surat Yasin) seminggu sekali, dan pertemuan Ibu-ibu pengajian termasuk Muslimatan. Bila terindikasi ada penyakit - pada kegiatan tersebut disampaikan kepada yang hadir, dilaporkan

kepada bidan desa, selanjutnya terjun ke lapangan untuk penyelesaian masalah" (A/Tegalharjo/ 9/6/2014)

Tahap 5. Penilaian sumber daya, organisasi, manajemen, dan kebijakan, serta kesesuaian intervensi

Menurut Green dan Kreuter (2005) pada tahap ini dilakukan penilaian sumberdaya, organisasi, manajemen, dan kebijakan yang diperlukan untuk implementasi atau intervensi program kesehatan dan mengidentifikasi keberlanjutan program kesehatan. Sistem organisasi dan lingkungan yang dapat mempengaruhi hasil yang diharapkan (faktor yang memungkinkan) dipertimbangkan.

Diagnosa administratif menilai sumberdaya, kebijakan, organisasi, manajemen, dan kebutuhan anggaran serta memfasilitasi pengembangan dan pelaksanaan strategi atau intervensi program kesehatan. Diagnosa kebijakan menilai kesesuaian antara strategi program pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan dengan strategi organisasi dalam memberikan pelayanan kesehatan masyarakat.

Tahap ini mencocokkan strategi dan intervensi yang tepat dengan perubahan perilaku yang diproyeksikan dan hasil yang diidentifikasi pada tahap 1-4. Peneliti mengidentifikasi dukungan masyarakat terhadap pelaksanaan gaya hidup sehat yang dapat menyebabkan perbaikan kesehatan. Diasumsikan bahwa peningkatan kesadaran di kalangan tokoh masyarakat akan lebih baik, bila mereka dibekali kemampuan untuk mengidentifikasi dan memecahkan masalah kesehatan. Hal itu akan dicapai melalui penyuluhan dan

pelatihan serta kemitraan dengan penyedia layanan kesehatan setempat.

Puskesmas diharapkan dapat memobilisasi dukungan masyarakat melalui kerja sama dengan forum kesehatan desa dan kader kesehatan. Kapasitas promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan merupakan kunci keberhasilan program. Diasumsikan bahwa warga masyarakat pada tingkat lokal, lebih baik diinformasikan tentang penyebab dan pencegahan penyakit menular seperti TB dan DBD. Intervensi berbasis pemberdayaan masyarakat dapat menanggulangi hambatan petugas kesehatan pedesaan untuk bekerja secara efektif. Strategi ini diharapkan membantu petugas kesehatan untuk mengembangkan dan mengimplementasikan program pencegahan dan pemberantasan penyakit menular. Sementara itu, pimpinan desa bersama perwakilan masyarakat dan Forum Kesehatan Desa berperan dalam menyusun kebijakan kesehatan. Salah satu Kepala Desa menjelaskan sebagai berikut:

“Kebijakan terkait kesehatan di desa disusun bersama dengan forum kesehatan desa. Kebijakan tersebut antara lain menyediakan dana untuk kegiatan kesehatan dari Anggaran Desa, dan memberikan penghargaan kepada kader berupa uang lelah dan insentif yang diberikan setiap setahun sekali” (TW/Kerto/9/6/2014).

Upaya kesehatan yang dilaksanakan masyarakat didukung oleh sumberdaya lokal berupa tenaga, dana, dan sumberdaya alam. Hal ini seperti penuturan informan berikut ini: “Untuk penggalan sumber daya, kita melakukan penyuluhan dan penggalan dana di tingkat RT yang dihimpun pada saat pertemuan RT” (TW/

Kertomulyo/9/6/2014). Pimpinan desa juga melakukan pemantauan dan evaluasi program kesehatan. Pimpinan desa seperti Kepala Desa, Kepala Urusan Kemasyarakatan, PKK desa, dan kader Posyandu melakukan pemantauan dan evaluasi kegiatan kesehatan di tingkat dusun. Seperti penjelasan informan berikut:

“Setiap bulan, kita melakukan evaluasi program kesehatan khususnya program Desa Siaga dan Posyandu. Forum Kesehatan Desa (FKD) melakukan koordinasi setiap menemukan masalah dan kesulitan atau program kesehatan yang perlu dilaksanakan. Untuk evaluasi Posyandu rutin setiap bulan, tetapi kalau FKD kadang-kadang dua bulan sekali, karena kader yang ada di FKD dan kader Posyandu itu adalah sama” (TW/Kerto Mulyo/9/6/2014).

PEMBAHASAN

Menurut Wright *et al.* (1998) penilaian kebutuhan masyarakat adalah penting dalam perencanaan dan penyediaan layanan kesehatan setempat. Jika penilaian kebutuhan ini diabaikan maka ada bahaya pendekatan *top-down* untuk menyediakan layanan kesehatan. Selanjutnya menurut Green dan Kreuter (2005) keberhasilan program pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan memerlukan pemahaman menyeluruh terhadap kebutuhan kesehatan masyarakat, partisipasi aktif masyarakat, penggunaan sumber daya lokal yang ada, keikutsertaan *stakeholders* lokal dan penggabungan beberapa strategi intervensi.

Penilaian kebutuhan kesehatan menggambarkan masalah kesehatan

populasi dan menentukan prioritas, serta menilai efektivitas penggunaan sumberdaya. Upaya ini memastikan bahwa pelayanan kesehatan menggunakan sumber daya untuk meningkatkan kesehatan populasi dengan cara yang paling efisien (Wright *et al.* 1998). Dalam melakukan penilaian kebutuhan masyarakat perlu mengikutsertakan *stakeholders*. Menurut data yang diunduh dari WHO, keikutsertaan *stakeholders* membantu anggota masyarakat dan para pengambil keputusan dalam memahami masalah kesehatan komunitas dan mengidentifikasi strategi program kesehatan. Partisipasi masyarakat dan pembuat kebijakan tingkat lokal berperan dalam memfasilitasi akses, kepercayaan dan pelaksanaan program kesehatan potensial.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa proses perencanaan program berbasis penilaian kebutuhan kesehatan masyarakat yang sistematis mampu menyesuaikan dengan perubahan keadaan, mengikutsertakan masyarakat dan dapat menghasilkan keluaran yang efektif dan berkelanjutan (Mittelmark, 2001; Laverack dan Wallerstein, 2001). Penggunaan model PRECEDE-PROCEED dapat mengatur dengan mudah kesesuaian perencanaan dengan budaya dan tujuan, melalui penelitian berbagai faktor yang berpotensi mempengaruhi perilaku kesehatan, termasuk situasi sosial-budaya. Menurut Green dan Kreuter (2005) identifikasi masalah kesehatan secara benar dan mengikutsertakan masyarakat sangat penting pada setiap tahap perencanaan dan pelaksanaan program kesehatan untuk menciptakan kepemilikan intervensi.

Hal tersebut menurut Laverack dan Wallerstein (2001) bertujuan untuk

memastikan bahwa program kesehatan memiliki tujuan yang relevan dan mampu mencapai hasil dan keberkelanjutan program. Peninjauan kembali strategi keikutsertaan masyarakat secara *bottom-up* yang konsisten dengan prinsip-prinsip pengembangan kesehatan berbasis masyarakat dan pemberdayaan, dapat menjamin kemandirian dalam program kesehatan (Ife, 2002; Talbot dan Verrinder, 2005).

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa indikator kualitas hidup individu maupun masyarakat dinilai oleh tingkat pendidikan, status ekonomi, pekerjaan, penghasilan, dan ketaatan dalam melaksanakan ibadah. Hal tersebut sejalan dengan indikator kesejahteraan masyarakat menurut UNDP (2008) yang diukur oleh Indeks Pembangunan Manusia (IPM). IPM merupakan indikator komposit dari tiga indikator sektor pembangunan yaitu pendidikan, kesehatan, dan ekonomi. Menurut Kreiger (2001) sejumlah penelitian menunjukkan bahwa kesehatan yang lebih baik dan angka kematian yang lebih rendah dapat ditemukan di antara kelompok masyarakat dengan status sosio-ekonomi lebih tinggi.

Penetapan prioritas kesehatan di masyarakat didasarkan pada adanya upaya pencegahan masalah kesehatan, jumlah orang yang berpotensi dan benar-benar dipengaruhi oleh masalah kesehatan, keparahan dan adanya perhatian publik. Penelitian Salinero-Fort *et al.* (2011) menyimpulkan bahwa model perencanaan PRECEDE berguna dalam pengobatan secara menyeluruh pasien DM2, dengan memberikan kontribusi signifikan pada penurunan HbA1c dan tekanan darah sistolik (*systolic blood pressure*, SBP), serta

membantu dalam meningkatkan kepatuhan pada semua kriteria kontrol, kecuali untuk kolesterol LDL. Sementara itu penelitian Binkley *et al.* (2014) menyimpulkan bahwa penerapan model perencanaan PRECEDE-PROCEED akan bermanfaat dalam kesehatan gigi masyarakat dan bagi mereka yang sedang bekerja untuk meningkatkan kesehatan mulut populasi IDD (*intellectual and developmental disabilities*).

Menurut Glanz dan Maddovk (2002) cara terbaik merancang program untuk mencapai perubahan perilaku kesehatan adalah memahami mengapa orang berperilaku seperti yang mereka lakukan dan apa yang memotivasi mereka untuk berubah. Selanjutnya Green dan Kreuter (2005) menegaskan bahwa alasan perilaku dapat diklasifikasikan ke dalam faktor predisposisi (*predisposing factors*), faktor pendukung (*enabling factors*), dan faktor penguat (*reinforcing factors*). Selanjutnya strategi intervensi lebih responsif dapat dikembangkan untuk masing-masing faktor. Faktor predisposisi mencakup pengetahuan, sikap, keyakinan, nilai-nilai dan persepsi yang memfasilitasi atau menghambat perilaku kesehatan.

Berdasarkan hasil FGD baik dengan staf Dinas Kesehatan Kabupaten maupun dengan pegawai Puskesmas serta wawancara dengan partisipan masyarakat secara konsisten mengidentifikasi bahwa mayoritas warga masyarakat kurang memiliki pengetahuan memadai tentang faktor risiko penyakit DBD dan TB. Sebagian besar informan menyatakan adanya kebutuhan masyarakat terhadap informasi kesehatan tentang penyakit DBD dan TB.

Dalam FGD, peserta meyakini bahwa warga masyarakat berisiko

terhadap penyakit DBD dan TB. Keyakinan ini menunjukkan bahwa mengapa partisipan menganggap perlu adanya program pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan. Selanjutnya Green dan Kreuter (2005) berpendapat bahwa persepsi berisiko tinggi terhadap penyakit dan pengetahuan tentang penyakit mempengaruhi motivasi untuk mengubah perilaku. Dalam penelitian ini, warga masyarakat berkeyakinan bahwa persepsi kebutuhan dan pengetahuan yang terbatas dapat mempengaruhi kemauan dan kemampuan untuk melakukan perubahan perilaku.

Faktor pendukung adalah faktor yang memudahkan atau menghalangi motivasi seseorang untuk mengubah perilaku, meliputi keterampilan yang diperlukan, lingkungan dan sumber daya yang dibutuhkan untuk melakukan perubahan perilaku kesehatan. Menurut Kreiger (2001) pendidikan kesehatan dan promosi kesehatan memainkan peran penting dalam membentuk faktor-faktor lingkungan. Dalam penelitian ini, faktor pendukung adalah penyuluhan dan pelatihan, ketersediaan sarana kesehatan, jaminan kesehatan nasional, sumberdaya lokal, dukungan dana, dan sumberdaya alam.

Sementara itu, faktor penguat adalah faktor yang mengganjar atau menghukum pelaksanaan perubahan perilaku. Dalam penelitian ini, faktor penguat meliputi kepemimpinan, dukungan sosial, modal sosial, norma sosial, gotong royong, penghargaan, akses informasi kesehatan dan keteladanan. Penelitian Li *et al.* (2009) mengidentifikasi faktor predisposisi meliputi pengetahuan warga, kesadaran kesehatan dan keyakinan serta kebutuhan kesehatan yang

dirasakan. Faktor pendukung meliputi aksesibilitas promosi kesehatan, perhatian promosi kesehatan dari para pemimpin di tempat kerja atau sekolah dan sumber daya kesehatan (promotor kesehatan, kebijakan, organisasi), dan faktor penguat meliputi sosial-budaya. Sementara itu menurut Bobak *et al.* (2001) penentu kesehatan bervariasi antar personal, sosial, ekonomi dan faktor lingkungan yang menentukan status kesehatan individu dan populasi.

Menurut WHO (1998) perubahan sikap dan perilaku diperlukan individu dan masyarakat untuk meningkatkan kesehatan. Model perubahan perilaku pada tingkat komunitas menurut teori pengorganisasian komunitas (Rothman dan Tropman, 1987) mencakup tiga model, yaitu: (1) model perencanaan sosial (*social planning model*), (2) model aksi sosial (*social action model*), dan (3) model pengembangan lokal (*the locality development model*). Model pengembangan lokal sejalan dengan pemberdayaan masyarakat yang berasumsi bahwa perubahan dalam masyarakat dapat dilakukan melalui partisipasi aktif masyarakat lokal, pengembangan potensi dan sumberdaya lokal, berupaya menumbuhkan motivasi, perencanaan, dan tindakan melalui partisipasi warga masyarakat setempat.

Rogers (1999) menguraikan lima tahapan adopsi inovasi sebagai model perubahan perilaku komunitas yaitu: (1) tahap pengetahuan, terjadi ketika individu memperoleh inovasi dan beberapa pengertian keuntungan dari kegunaan inovasi, (2) tahap persuasi, terjadi ketika individu membentuk sikap menguntungkan atau tidak menguntungkan terhadap inovasi, (3) tahapan keputusan, terjadi ketika

individu menggunakan kegiatan yang mengarahkan untuk memilih, menerima atau menolak inovasi, (4) tahap implementasi, terjadi ketika individu mengambil inovasi untuk digunakan, dan (5) tahap penegasan, terjadi ketika individu meminta penguatan dari keputusan inovasi yang dibuat, tetapi ia dapat melakukan kebalikan atas keputusan sebelumnya jika mendapatkan inovasi yang bertentangan.

Menurut Talbot dan Verrinder (2005) proses partisipasi dalam perubahan perilaku adalah sama pentingnya dengan hasil. Sistem Kesehatan Nasional (2012) menjelaskan bahwa pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan bertujuan untuk menumbuhkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan masyarakat dalam mengidentifikasi dan memecahkan masalah kesehatan. Program pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan perlu memperhatikan kondisi dan potensi setempat. Dengan demikian program pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan disusun bersama antara pemerintah dan masyarakat.

SIMPULAN DAN SARAN

Simpulan

Perencanaan program pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan perlu melakukan penilaian kebutuhan masyarakat secara menyeluruh dengan menggunakan kajian literatur dan investigasi. Model PRECEDE-PROCEED dapat diaplikasikan pada perencanaan program pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan berbasis penilaian kebutuhan kesehatan masyarakat. Kualitas hidup seseorang dinilai dari aspek tingkat pendidikan, status ekonomi, pekerjaan, penghasilan,

dan ketaatan dalam beribadah. Penyakit DBD dan TB diidentifikasi sebagai prioritas masalah kesehatan dalam masyarakat. Faktor predisposisi meliputi tingkat pendidikan, pengetahuan, keyakinan, serta kepercayaan kepada takhayul dan dukun. Faktor penguat meliputi kepemimpinan, dukungan sosial, modal sosial, norma sosial, gotong royong, penghargaan, akses informasi kesehatan dan keteladanan. Faktor pendukung adalah penyuluhan dan pelatihan, ketersediaan sarana kesehatan, jaminan kesehatan, dukungan dana, sumberdaya lokal dan sumberdaya alam.

Saran

Peneliti menyarankan, agar dalam penyusunan perencanaan program pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan tidak didasarkan pada pertimbangan sudut pandang profesional, namun perlu melakukan penilaian kebutuhan masyarakat. Perencanaan program pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan berbasis penilaian kebutuhan kesehatan masyarakat dapat menggunakan model PRECEDE-PROCEED. Program pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan diarahkan pada upaya perubahan perilaku dengan mempertimbangkan faktor predisposisi, penguat dan pendukung.

KEPUSTAKAAN

Ashwell HES dan Barclay L 2009. A retrospective analysis of a community-based health program in Papua New Guinea. Health Promotion International, Vol. 24 No. 2. Published by Oxford University Press.

Binkley CJ dan Johnson KW. Application of the PRECEDE-PROCEED Planning

Model in Designing an Oral Health Strategy. Journal Theory Practice Dental Public Health; 1(3).

Bobak, Lantz PM, Lynch JW *et al.* 2001. Socioeconomic disparities in health change in a longitudinal study of US adult: the role of health-risk behaviour. Social Science and Medicine 2001; 53: 29-40. Diunduh dari hnp.sagepub.com at University of Wollongong on November 24, 2011.

Community health needs assessment guidelines. Manitoba Health [<http://www.manitoba.ca/health/rha/chnag.pdf>]. Diunduh 12 Desember 2014.

Departemen Kesehatan RI 2012. Sistem Kesehatan Nasional. Jakarta.

Green LW dan Kreuter MW 2005. Health Program Planning: An Educational and Ecological Approach, 4th Edition. McGraw-Hill, New York.

Glanz K, Maddovk J. Behaviour, health-related. 2002 [<http://www.healthline.com/galecontent/behavior-health-related>]. The Gale Group Inc., Macmillan Reference USA, New York, Gale Encyclopedia of Public Health. Diunduh 12 Desember 2014.

Ife J 2002. Community Development: Community-based Alternatives in an Age of Globalisation, 2nd edition. Pearson Education Australia, Frenchs Forest NSW.

Jones SC dan Donovan RJ. Does theory inform practice in health promotion in Australia? Health Education Research 2004, 19(1):1-14. Diunduh 12 Desember 2014.

Kreiger M 2001. Theories for social epidemiology in the 21st Century: an ecological perspective. International Journal of Epidemiology; 30: 668-7. Diunduh 12 Desember 2014.

Li Y, Cao J, Lin H, Li D, Wang Y dan He Jia. Community health needs assessment with precede-proceed model: mixed methods study. BMC Health Services Research 2009, 9:181. Diunduh 12 Desember 2014.

- Laverack G dan Wallerstein N 2001. Measuring community empowerment: a fresh look at organizational domains. Health Promotion International. 16. 179-185. Diunduh 12 Maret 2014.
- Mittelmark MB 2001. Promoting social responsibility for health: health impact assessment and healthy public policy at the community level. Health Promotion International, 16, 269-274. Diunduh 12 Maret 2014.
- Rothman J dan Tropman JE 1987. Models of community organization and macro practice: Their mixing and phasing. In Cox FM *et al.* (eds). Strategies of community organization. 4 th eds. Peacock. New York. Diunduh 12 Desember 2014.
- Rogers EM 1999. Diffusion of Innovations. Third Edition. The Free Press. London: Collier Macmillan Publishers.
- Salinero-Fort MA, de Santa Pau EC, Arrieta-Blanco FJ, Abanades HJ, Madrazo CM, Soldevila BR *et al.*, Effectiveness of PRECEDE model for health education on changes and level of control of HbA1c, blood pressure, lipids, and body mass index in patients with type 2 diabetes mellitus. BMC Public Health 2011, 11:267 <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/267>. Diakses 12 Desember 2014.
- Sulaeman ES 2013. Model Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan. Surakarta. UNS PRESS ISBN 978-979-498-848-0 www.unspress.uns.ac.id
- Talbot L dan Verrinder G 2005. Promoting Health: The Primary Health Care Approach. 3rd edition. Elsevier Australia. Marrickville. NSW.
- UNDP 2008. Indicators Table 2008, Human Development Indices. <http://hdr.undp.org/en/status/data/hdi2008>. Diunduh Agustus 2013.
- World Health Organization. Division of Health Promotion, Education and Communications (HPR). Health Education and Health Promotion Unit (HEP). 1998. Health Promotion Glossary. Geneva: Printed in Switzerland. (www.wpro.who.int/hpr/docs/glossary.pdf). Diunduh 6 Juli 2013.
- Wright J, Williams R, dan Wilkinson JR. Health needs assessment: Development and importance of health needs assessment. BMJ Volume 316 25 April 1998 www.bmj.com. Diunduh 12 Maret 2014.
- Yin RK 2003. Case Study Research: Design and Methods. Third Edition. London: Sage Publication.